

# Preguntas sobre la Historia de Salud de su Familia

Nombre autorizado de la familia \_\_\_\_\_ / /  
Fecha de Hoy

## PREGUNTAS AMBIENTALES (Respuesta para su familia)

- |  | No                       | Sí                       | No sé                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Usted vive o visita con frecuencia una casa   |                          |                          |                          |
| a. ¿Con pintura despellejando o gravilla suelta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Recién-remodelada, en curso o planeando ser remodelada?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Usted:  |                          |                          |                          |
| a. ¿Vive con alguien que tiene envenenamiento de plomo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Trabaja donde ha sido expuesto al plomo, como en la reparación de autos, plomería, taller de cerámica?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Vive cerca de una fundición de plomo, planta de reciclar baterías, u otras factorías que emiten plomo?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Favor de marcar (✓) todas las que correspondan sobre su hogar:  |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Miembro de su hogar que sea empleado agrícola migrante 802                            |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> No tenemos donde vivir, donde dormir regularmente, o vivimos en un albergue. 801-MIHP |                          |                          |                          |

## RECURSOS FAMILIARES

- |   | No                       | Sí                       | No sé                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su agua potable contiene fluoruro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>(424 infante, niño)</small>  |                          |                          |                          |
| 2. ¿Hay alguna persona en su familia que toma suplementos de fluoruro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta sí, ¿quién? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>(424 infante, niño)</small>  |                          |                          |                          |
| 3. ¿Su familia toma agua de pozo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta sí, ¿se ha probado la agua de pozo por los nitratos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Come pescados de los ríos o lagos de Michigan? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |                          |                          |                          |
| 5. ¿Cada cuánto se le acaba la comida antes del fin del mes?  |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |                          |                          |                          |
| 6. Durante el último mes, ¿ha tenido que reducir la cantidad de su comida o la de su familia debido a que no había suficiente dinero para comprar comida?   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |                          |                          |                          |
| 7. ¿Usted recibe beneficios de estampillas de alimento? CDC <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |                          |                          |                          |
| 8. ¿Usted estaría interesada en aprender más sobre el presupuesto de dinero para los alimentos?   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |                          |                          |                          |
| 9. ¿Hay un miembro de su familia con una inhabilidad que le haría difícil planear o preparar comida para usted y su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |                          |                          |                          |
| 10. ¿Tiene problemas con el transporte a sus visitas prenatales o a WIC que lo hace difícil para que usted venga?   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – MIHP  |                          |                          |                          |

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-9410 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

**INFORMACION MEDICA DE LA FAMILIA**

1. Favor de marcar (√) todos los asuntos médicos siguientes que usted o este bebé o niño tiene o ha tenido: Si más de un niño en WIC, pone el número de la lista en la caja y escribe el nombre aquí:

- 1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

<i>Bebé</i>	<i>Niño</i>	<i>Embar.</i>	<i>Desp. del Parto</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Desarrollo 134+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento de Plomo 211+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición, Escorbuto o Beri Beri 341+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteomalacia, Quilosis, o Xeroftalmia 341+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raquitismo, Pelagra, Deficiencia en Vitamina K 341+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipocalcemia o Enfermedad de Menkes 341+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera, Síndromes de Malabsorción o Intestinal 342+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado o Vesícula, Pancreatitis 342+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus 343+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción de la Glándula Tiroides 344+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión Sanguínea 345+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Riñones 346+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer 347+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o Parálisis Cerebral 348+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mielomeningocele o Espina Bífida 348+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down o Paladar/Labio Hendido 349+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular 349+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de Célula Hoz o Talasemia Mayor 349+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstrucción Intestinal o Estenosis Pilórica 350+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fenilcetonuria u otros Errores Innatos del Metabolismo 351+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis, Neumonía, o Meningitis 352+ (últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquiolitos 352+ (3 episodios en los últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones Parasíticas 352+ (últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, VIH, SIDA 352+ (últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia de Alimento 353+ Si pone sí, describe: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Celíaca 354+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia a la Lactosa 355
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia 356+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía, Trauma o Quemaduras Graves 359+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma Persistente 352+/360+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis, Fibrosis Cística, Lupus 360+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Pulmones o Corazón 360+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño al Cerebro o Trauma a la Cabeza 362+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Desarrollo Dominante o Autismo 362+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inhabilidad que interfiere con el entrar, masticar o tragar de alimento 362+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Alcohol Fetal (SAF) 382+

Otros problemas, favor de describir: \_\_\_\_\_ 360+

2. ¿Ha tenido algún miembro de su familia un análisis de sangre para plomo dentro de los últimos 12 meses?  
 No       Sí
3. ¿Fue el nivel de plomo en la sangre alto?       No       Sí  
Si pone sí, ¿qué fue hecho y para quién? \_\_\_\_\_

**SEGURIDAD PERSONAL**

1. ¿Está usted actualmente en una relación donde usted está físicamente lastimado, amenazado o hecho para sentirse asustado?  
 No       Sí
2. ¿Tiene miedo a volver a donde usted ahora vive?       No       Sí

***Gracias por completar este cuestionario. Favor de avisar al personal que he terminado.***